Nutrición en el paciente con enfermedad avanzada

- Grupo 4

  Juan Miguel Antonio García Lara

  Gloria García de Estevez

  José Ernesto Picado Ovares

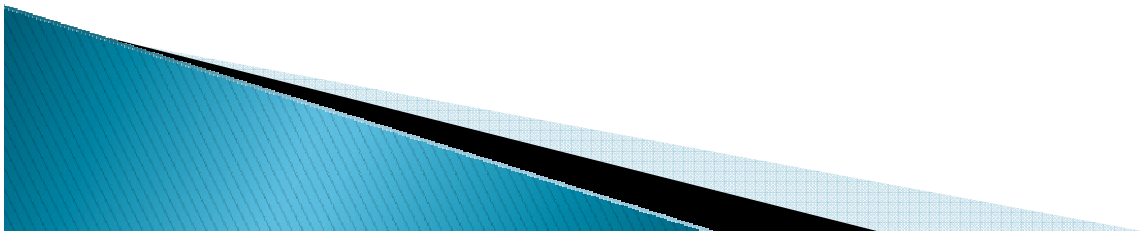
  Ivonne Karima Becerra Laparra

  Margarita del Rosario Henriquez Molina

  Vielka Maritza Sanjur Atencio

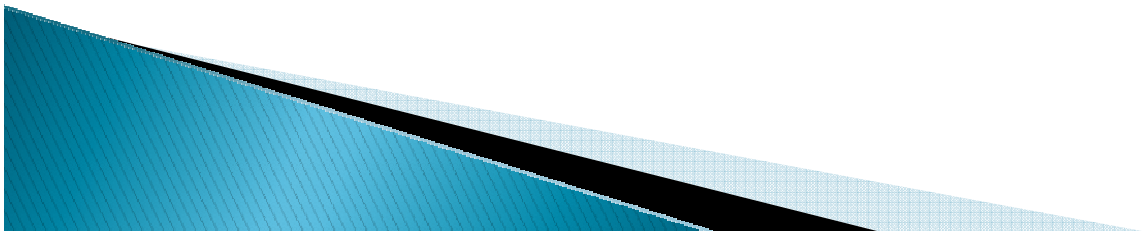
Definición de Nutrición e hidratación paliativa

- ¿Cuál es el potencial beneficio para este paciente?
- ¿Cuál es la probabilidad de causar sufrimiento como efecto adverso en este pacientes?
- ¿Se ha explicado claramente los resultados probables de este tratamiento al paciente, de tal manera que tenga claras sus opciones?
- ¿Cuáles son los objetivos y valores del paciente, y, las intervenciones cumplirían estos objetios?
- ¿Qué impacto podría tener este tratamiento en otros miembros de la familia?



Necesidades nutricionales en enfermedad terminal

- Menos calorías totales.
- Mas de 1 órgano o sistema en falla (efectos adversos)
- El proceso de la enfermedad altera el deseo de comer (satisfacción por disconfort).
- Puede cambiar decisión de un momento a otro, no ofenderse si solo prueba los alimentos.
- La deshidratación gradual es la vía natural del cuerpo para evitar síntomas como congestión, secreciones, vomito, edema, etc.
- El paciente terminal no se siente hambriento ni sediento.
- No hacer sentir culpable al paciente por no comer.



Nutrición e Hidratación artificial al final de la Vida

- Necesario el conocimiento medico, etico y legal para la toma de desición con el paciente y la familia.
- Consenso General: que el paciente se le debe ofrecer alimento y líquidos continuamente y la no aceptación es una decisión basada en el conocimiento. (cox 1987).
- Mejoría de sintomatología al disminuir nutrición: estimula producción de endorfinas y dinorfinas, analgésicos naturales que aumentan comfort y la cetoacidosis que elimina la sensación de “hambre” proporcionando analgesia y anestesia (Printz 1988,1992).

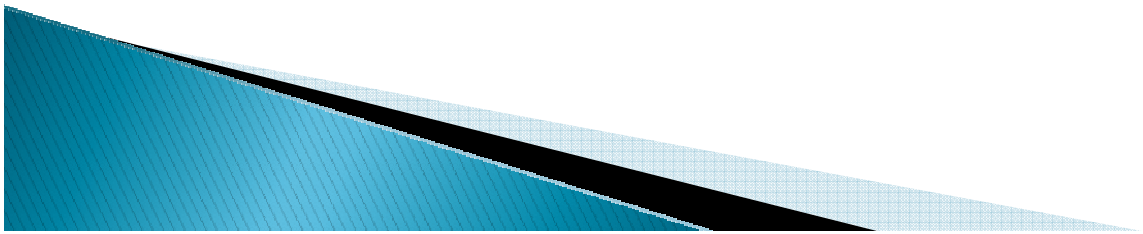
Smith S.A. et al. Med Surg Nursing;2000;9(5):

Nutrición y tiempo de sobrevida

- EVALUACION GERIATRICA INTEGRAL Y EL PRONÓSTICO DE VIDA
- Karnofsky: 50% riesgo de muerte en 6 meses.
- Perdida de peso 10 kg y MMSE <24 y disfagia: sobrevida menor a 4 semanas.
- ECOG+nutrici´n oral, ausencia de edema, desnea de reposo y alucinaciones: sobrevida a 6 semanas, especificidad 77% y sensibilidad 80%.

Alimentación enteral paliativa

- Neoplasias del tracto digestivo superior o deglución imposible con función normal del tracto GI. (complicaciones 5-13%).
- Es costosa, pocos efectos adversos, no aumenta masa muscular en cancer, solo lo previene parcialmente, mejora condición psicológica del paciente y de los cuidadores.



Alimentación parenteral paliativa

- No beneficios comparados.
- ¿Prolonga la vida?
- ¿mejora calidad de vida?
- ¿Prolonga el proceso de muerte?

Efectos de terapia IV en el tratamietno de síntomas al final de la vida con falla orgánica múltiple

- Sobrecarga hidrica inhibe la liberación de ADH → ↑ volumen urinario, posible incontinencia y necesidad de uso de sondas.
- ↑de LEC → edema periférico → ↓ movilidad, ↑riesgo de ulceras de presión y complicaciones por inmoviidad.
- ↑de LEC → edema pulmonar e ICC → secresiones respiratorias, tos y disnea.
- ↑de LEC: ↑ en secresiones gastrointestinales, ascitis, dolor, nausea y vomito.
- Edema cerebral: alteraciones mentales, convulsiones, coma o hiperirritabilidad.

(House, 1992; Smith, 1995 & 1997; Sullivan, 1993; Zerwekh, 1983 & 1997).

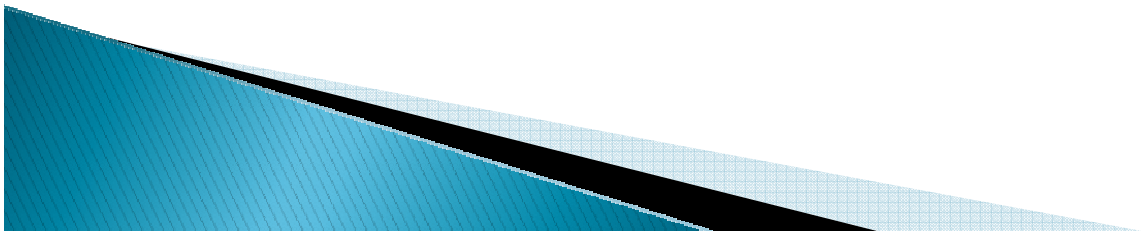
Alimentación artificial en demencia avanzada

- No existe evidencia de que las sondas de alimentación prolonguen la vida, mejoren estado funcional, mejoren confort o disminuyan riesgo de neumonía por aspiración u otras infecciones.
- Sin embargo, prolongan la vida o proveen comfort en pacientes con demencia, en donde la familia esta “convencido” de que eso es lo que necesita el paciente.

(Gillick, 2000; Finucane, Christmas, & Travis, 1999; Finucane & Bynum, 1996; Kaw & Sekas, 1994; Mitchell et al., 1997; Mitchell et al., 1998; Quill, 1989). Gillick (2000,p. 208)

Optimizando ingesta

- Restricción de dieta solo si el paciente lo prefiere.
- En enfermedad terminal es frecuente la saciedad temprana: alimentos más frecuentes en pequeñas cantidades mejora comfort.
- Pacientes con sonda de alimentación. Prevenir complicaciones (aspiración), determinar si alimentación intermitente o continua.
- Elevación de cabecera 30-35° durante y 1 hr despues de alimentación en bolos.
- Evitar lesiones alrededor del tubo.



Educación Familiar

- Ofrecer alimentos y líquidos simboliza amor y crianza.
- Alimentos asociados a eventos sociales y celebraciones.
- Educar y sensibilizar, comunicación y aceptación . Informar los cambios nutricionales en enfermedad terminal:

Intervenciones para reducir angustia

Boca y olfato:

- Evite las comidas con olores desagradables. Los alimentos fríos, tales como la mantequilla de maní o yogur puede ser menos objetable. Proporcionar una buena higiene bucal. El paciente puede hacer mejor si no están expuestos a los olores de la preparación de alimentos.

Sequedad de boca

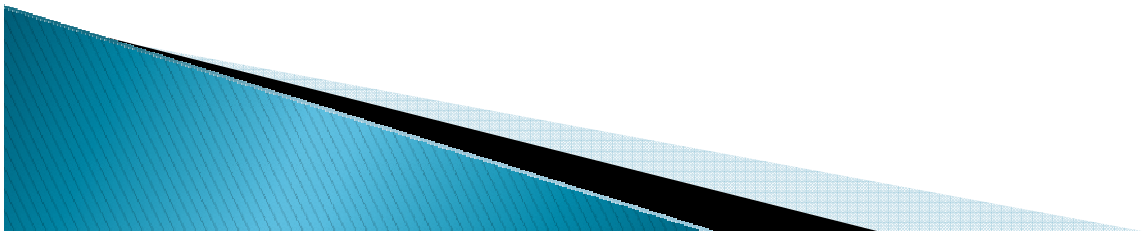
- Usar sustitutos de la saliva (contenido similar a la saliva natural, se puede utilizar ad libitum). Sirva los alimentos húmedos. Agregar las salsas o salsas. Los líquidos pueden ser jugos.

Dolor de garganta y la boca

- Proporcionar alimentos suaves, frescos, evitar temperaturas extremas. Evite el ácido, salado, picante, o alimentos duros y crujientes. Evaluar y tratar las infecciones (candidiasis y herpes simple común). Uso tópico medicamentos analgésicos.

Disfagia

- Proveer consistencia / textura mejor tolerado. Dividiendo la ración que más facilita la deglución (por lo general pequeños bocados).



Las náuseas y los vómitos

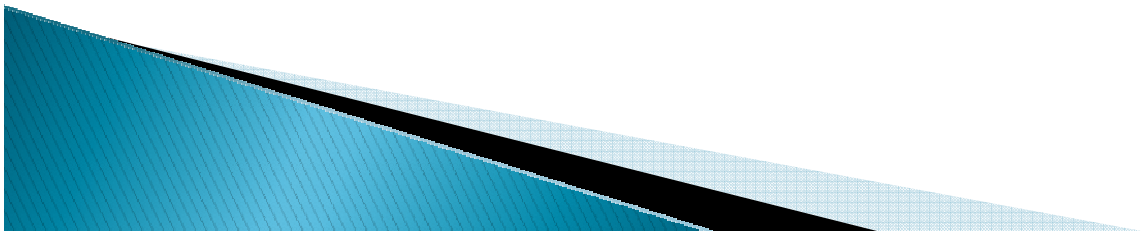
- Administrar los medicamentos indicados, tales como anti-eméticos, la lactasa, y las enzimas digestivas. Evite los olores ofensivos. Evite los alimentos que puede empeorar las náuseas tales como grasas, picante, olor, o alimentos voluminosos. Evite actividad física después de comer. Evite hablar acerca de los alimentos en presencia del paciente que esta nauseabundo.

La saciedad temprana o hinchazón

- Oferta frecuentes comidas pequeñas. Evite las bebidas carbonatadas y alimentos productores de gas.

Diarrea

- Investigar el papel de los medicamentos, incluidos los estimulantes del intestino, como causa de la diarrea.. Evite los alimentos conocidos por causar o exacerbar la diarrea. En su caso, medicar con enzimas de lactasa o de páncreas, Lomotil [R], etc



SONDAS DE ALIMENTACIÓN

- EN ANCIANOS CON ENFERMEDAD NEUROLOGICA, EN STROKE, EN CANCER.
- En viejos alfinal de la vida: mortalidad a un mes de 24%, 63% a un año y 81%en tres años. (grant et al 1998)



Aging & Mental Health, November 2004; 8(6): 530–534 BrunnerRc

ORIGINAL ARTICLE

Preferences of older African-Americans for long-term tube feeding at the end of life

A. M. FAIRROW[1], T. J. MCCALLUM[2] & B. J. MESSINGER-RAPPORT[2,3]

TABLE 2 Consensus Positions on End-of-Life Decision Making

Issue 1: Artificial Nutrition and Hydration (ANH)
- a. Must artificially provided food and water always be provided?
- b. Is there any ethically important distinction between withholding and withdrawing life sustaining medical treatment?

Issue 2: Surrogate Decision Making
- a. Can members of the family make end-of-life decisions for incompetent patients based on what the family perceives to be patient's best interests?
- b. Must patients be terminally ill before end-of-life treatment decisions can be made?
- c. Do caregivers participate in "assisted suicide" when they are involved in the forgoing of life-sustaining treatment?

	Issue 1: ANH		Issue 2: Decision making		
Consensus Group	1a	1b	2a	2b	2c
American Medical Association (AMA): Council on Ethical & Judicial Affairs (1990–1992, 1994)	no	no	yes	no	no
American College of Physicians (ACP): *Ethics Manual* (1989, 1992)	no	no	yes	no	no
American Thoracic Society (ATS): Bioethics Task Force report (1991)	no	no	yes	no	no
American Nurses Association (ANA): Position statements on *Nurse's Role in End of Life Decisions*, Active Euthanasia, Assisted Suicide (1992, 1994a, 1994b)	no	n/a	yes	no	no
National Center for State Courts (NCSC): *Guidelines for State Court Decision Making* (1991), and Hafemeister and Hannaford: *Resolving Disputes Over Life-Sustaining Treatment: A Health Care Provider's Guide* (1996)	no	no	yes	no	no
Uniform Law Commissioners (NCCUSL): "Uniform Health Care Decisions Act" (1993)	no	no	yes	no	no
New York State Task Force on Life & the Law: *When Others Must Choose* (1992)	no	no	yes	no	no
President's Commission Report (1983)	no	no	yes	no	no
The Hastings Center: *Guidelines* (1987)	no	no	yes	no	no
Catholic Health Association (CHA): *Care of the Dying* (1993)	no	no	yes	no	no

CONCLUSIONES

- 1. La nutrición es un tratamiento médico.
- 2. Cumplir principios éticos y legales.
- 3. Se requiere una valoración pronóstica antes de iniciarla.
- 4. No hay un concenso que demuestre que prolongue la vida con calidad.
- 5. Si es conveniente individualizar los casos según condiciones de cultura, religión y familia.

GRACIAS

